DESIGN CONSIDERATIONS

FOR SPECIAL CARE UNITS IN HOSPITALS

NARCOTIC ADDICTION TREATMENT UNIT IN HOSPITALS

HEALTH FACILITIES DESIGN DIVISION

HEALTH RESOURCES DIRECTORATE

HEALTH SERVICES AND PROMOTION BRANCH

PUBLISHED BY AUTHORITY OF THE MINISTER OF

NATIONAL HEALTH AND WELFARE

INTRODUCTION

BACKGROUND

Concern shown by government and hospital authorities over the emergence of separate units (dedicated to specialized diagnostic and treatment techniques) within institutions was voiced by members of the Health Insurance Federal-Provincial Advisory Committee and its Sub-Committees. As these new techniques came into being, inadequacies in existing guidelines and standards became evident, not only with respect to the planning, organization and operation of "special services units", but also with regard to the physical accommodation and services provided in housing them.

It is within this context that this set of design guidelines for planning the physical accommodation for these services is produced.

OBJECTIVE

The objective of this series of Design Guidelines is to review, in terms of design implications, operational and other related aspects of providing special health care services in hospitals.

These publications are presented for the use of architects, engineers and other professionals involved in health facility planning.

RELATIONSHIP TO OTHER PLANNING GUIDELINES

These Design Guidelines complement the publication entitled "Guidelines for Establishing Standards for Special Services in Hospitals"*, and should be read together.

Direct relationship will also exist between the Health Facilities Design (HFD) Design Guides and HFD "methodologies" dealing with the evaluation and space programming for certain hospital departments. The "Evaluation and Space Programming Methodologies" (presently being developed), together with a carefully written "services program"**, and the other two guidelines mentioned above, will form a complete approach to planning for special services units in hospitals and the basis for establishing a functional program***. (It is important to note that in order to avoid over or under design when planning a unit for one of the special services, a Service Program be established before Design Guidelines are consulted.)

GENERAL

Health Facilities Design intends to refine and update the Design Guidelines periodically and therefore invites the readers to submit comments and suggestions to the Director, Health Facilities Design, Health Resources Directorate, Health Services and Promotion Branch, National Health and Welfare, Ottawa, Ontario, K1A 1B4.

---

* Report of the Working Party on Special Services in Hospital 1978. Published by NH&W, Health Services Directorate, Health Services and Promotion Branch.

** "Services program" is a detailed written statment of the services that will be provided and the means through which they will be provided.

*** "Functional program" is a description of activities, processes, people, and equipment necessary to perform a service at a projected workload level.

ACKNOWLEDGMENTS

The production of this guideline represents the contribution of many individuals, specialists in their respective fields: organizations and professional associations. Of special interest to the physicial planning team was the time and advice given by the personnel of the units being examined. (See at the end of this publication the list of institutions visited by the team).

This guideline and the others of the series were prepared by the Health Facilities Design Division's physicial planning guideline team comprising:

Mr. Roger Diab - Team leader and at various phases

H. Callan	R. Malette
S.T. Morawski	A. Croteau
J.C. Mayes	Lise Careau
B. Laing	Christine Scheel

T.M. Ogrodnik,
Director,
Health Facilities Design,
Health Resources Directorate,
Health Services & Promotion Branch,
Health and Welfare Canada.

LISTS OF UNITS IN THE PROGRAM

Renal Dialysis Services
Cardiac Care Unit
Cardiac Surgery Unit
Burn Unit
Intensive Care Unit
Nuclear Medicine in Hospitals
Diagnostic Ultrasound Services in Hospitals
Computed Tomography
Day Surgery Unit
Diabetic Day Care Unit
Detoxication Units
Narcotic Addiction Treatment Unit in Hospitals
Dental Unit in Hospitals
Geriatric Units in Hospitals and Geriatric Day Hospitals*
Rehabilitation Medicine Unit
Respiratory Technology Unit

**Perinatal Intensive Care Unit
**Total Parenteral Nutrition Service in Hospitals
**Psychiatric Services provided by Hospitals

* This volume consists of two units; they were considered sufficiently related to be joined in one volume.

** The design considerations of these units will be published at a future date.

TABLE OF CONTENTS

1. **ARCHITECTURAL DESIGN CONSIDERATIONS**

- 1.1 Types of Facilities
- 1.2 General Considerations
- 1.3 Support Services
- 1.4 Functions Description
- 1.5 Design Requirements
  - 1.5.1 Reception and Waiting
  - 1.5.2 Dispensary and Specimen Taking
  - 1.5.3 Consultation/Examination
  - 1.5.4 Interview/Counselling
  - 1.5.5 Group Therapy Area
  - 1.5.6 Occupational Therapy Area
  - 1.5.7 Recreational Facilities
- 1.6 Desirable Functional Relationships
  - 1.6.1 Patients' Functions
  - 1.6.2 Supportive Functions
  - 1.6.3 Case of an Inpatient Unit
  - 1.6.4 Administration Functions

2. **MECHANICAL DESIGN CONSIDERATIONS**

- 2.1 General
- 2.2 Plumbing
- 2.3 Fire Protection
- 2.4 Medical Gases
- 2.5 Environment Control

3. **ELECTRICAL DESIGN CONSIDERATIONS**

- 3.1 Power Supply
- 3.2 Emergency Power Supply
- 3.3 Switches and Receptacles
- 3.4 Communication Systems
  - 3.4.1 Nurses' Call System
  - 3.4.2 Public Address System
  - 3.4.3 Telephone System
  - 3.4.4 Television Systems
- 3.5 Lighting
- 3.6 Fire Alarm System
- 3.7 Special Alarm Systems

1. ARCHITECTURAL DESIGN CONSIDERATIONS

1.1 Types of Facilities

Given the number of unknowns which prevail in terms of standard planning requirements, for drug addicts in general and the various approaches for treatment,* it is necessary to clearly define the specific scope of these guidelines by defining three major determinants:

1) The type of clientele
   Various terms are used to designate the various types of drug dependencies. Different addictions require different programs and different physical facilities. The title of this unit clearly indicates that it will relate to "narcotic addicts".

2) The locale
   A unit within a hospital will be different from an ambulatory unit divorced from a hospital in a community setting. These guidelines deal mainly with a separate ambulatory unit associated with a hospital.

3) The approach to treatment
   A methadone program will require specific arrangements in the layout which are different from other programs. These guidelines are limited to narcotic addiction treatment units, and mainly to those employing methadone as part of the treatment.*

Based on these premises it is of primary importance for the architect to be familiar with the type of patients, and with the common conceptual perspectives of patient care, in order to be able to identify and provide the environmental requirements both for the patient and the staff in these units.

Narcotic addicts, while often intelligent, have little ability to cope with the stress of life and have found drugs to be an easy escape from their difficulties.

Three conceptual perspectives are generally used for evaluating narcotic addicts.

1) The medical perspective involves identifying whether the patient's condition is one of intoxication, overdose or withdrawal. The facility may have to accommodate cases of extreme incapacitation, such as a patient carried by two friends, or a patient coming on his own but very sick. In these cases hospitals provide the best treatment for the patients, as well as the most economical delivery of service.

2) From the psychological perspective, some patients make contact with the medical or psychiatric facility only when their drug supply has been exhausted. Although rehabilitation is not their aim, they present a challenging opportunity to the staff worker who may use this crisis to

---

* Vol. 1 - Guidelines for Special Services in Hospitals, National Health and Welfare (1975)

encourage them to get help for their problems. Some others use drugs because of psychological conflicts. They need motivation to change; they find it easier to present their problems in terms of adverse drug reactions rather than admit to their psychological inadequacies. These individuals may genuinely desire a respite from their current existence. The facilities for this type of patient would be residential in character, i.e., a hostel type facility, a group living institution.

In all cases, it is necessary to create a facility with a cordial atmosphere which encourages complete trust and understanding. Absorbent materials should be used to eliminate problems of noise, and visual diversion should be avoided in the layout.

3) From the social perspective, which applies to all addicts, it is a matter of identifying external pressures from family, job or court, and dealing with them. The patients' willingness to seek help indicates a change in their life situation. The crisis which has forced such patients into treatment presents an excellent opportunity to effect long-term rehabilitation. After the social pressures and effects have been identified, the appropriate type of facility for this patient is chosen: long-term rehabilitation, inpatient psychiatric care, day care, self-help residential care, psychotherapy or methadone maintenance.

When dealing with addicts, all the above mentioned perspectives do not form a separate entity or program. The wholeness of the problem is dealt with by dealing with its three facets simultaneously with one patient.

As for the most serious narcotic addicts, they require residential care and should be referred to a self-help program. However, it sometimes happens that the stress of these programs cannot be tolerated by narcotic addicts with severe borderline character disorders.

1.2 General Considerations

Generally, the management of narcotic addicts during an acute crisis is based upon showing the patients considerable support and reassurance to counteract their fears of illness during detoxication. They have to feel accepted, and recognize that they are being treated with respect. The facilities should reflect these requirements in the texture of materials, types of furniture and light intensity. The emphasis should be on making the patient feel at the centre of the staff's attention. The patients' hostility will disappear when they are shown that the staff are genuinely concerned.*

- Medication could occasionaly be used when the staff is unable to calm the patient down.

- Group therapy on an outpatient basis might also be useful for some addicts.

---

* Treating the Drug Abuser, John A. Reuner Jr.
Psychiatric Nursing in the Hospital and the community, Am. Wolbert Burgess and Aaron Lazarre

- Methadone maintenance treatment is only useful for heroin and opiate addicts. It can only be provided under rigid controls. Some programs limit the treatment to individuals over the age of 18. Many drug programs recommend that all addicts, regardless of their history, be encouraged to make serious effort at residential, self-help treatment before they are placed on methadone maintenance.

1.3 Support Services

The program will be effective only if it is well integrated with high quality rehabilitation services, in addition to providing methadone. It is important that support services, counselling, vocational and educational rehabilitation services be provided. A high staff-patient ratio is usually related to the success of the programs.

1.4 Functions Description

The main functional requirements of a narcotic addiction treatment unit are:*

- Reception
- Waiting
- Dispensary and specimen taking
- Consultation and examination
- Counselling and interview
- Conference or staff room
- Administration
- Records storage
- Methadone storage
- Toilet utility
- Kitchenette (for staff coffee breaks, etc.)
- Group therapy
- Occupational therapy
- **- Inpatients' accommodation (bedrooms, baths, toilets)
- **- Head nurse or social worker
- **- Nurses' station
- Storage
- **- Linen

1.5 Design Requirements

1.5.1 Reception and Waiting

- The entrance to the unit should be directly accessible from the street, through an entrance lobby. Corridors, inner stairs and dark uncontrolled corners should be avoided so as not to encourage undesirable gatherings.

---

* Some community drug addiction treatment centres do not necessarily consist of all the mentioned requirements.

** These functions apply only in the case of inpatients' programs for drug addiction treatment.

- The receptionist should be able to see the main entrance, the waiting area and the dispensary if possible. A receptionist counter with a separate desk at the rear is preferred to the combined desk-receptionist counter. This is so that confidentiality can be maintained by keeping the various papers being typed or filed away from public reach.

- The waiting area should be within sight of the reception area in order to avoid it becoming a permanent gathering place for narcotic addicts and their friends.

- The size and furniture of the waiting area is important for the efficiency of the treatment. Its size should be limited to hold only two to three persons at a time. The furniture should not be very comfortable (no armchairs, sofas etc.) so that the patient will be discouraged from long stays at the unit.

1.5.2 Dispensary and Specimen Taking. Patients are usually required to provide urine samples, and they are observed while doing so in order to prevent them from interchanging to obtain extra drug doses. Therefore, there is a close relationship between the dispensary and the area where specimens are taken. Sometimes they are separated only by a hatch or door in such a way that patients can be seen.

The same applies to dispensing of medication, which usually occurs under supervision.

The patient should be able to pass the urine sample directly to the dispensary and when the dose is handed to him he should not be in full view of large amounts of medication. The shelves and cabinets for medication should be discreetly placed out of the patient's view and should be accessible only to the staff in charge.

The dispensary should have protective electronic devices to warn against robbery, and should not be easily accessible to the public.

When methadone is dispensed on weekends while the unit is closed, a secure room should be provided to deter vandalism and robbery. This area should be directly connected to an area where addicts can obtain and consume their dose within the building and under supervision.

1.5.3 Consultation/Examination. The consultation/examination room is used for patients who require examination by a physician, for initial assessments, and for occasional intoxicated patients.

1.5.4 Interview/Counselling. In the interview/counselling areas, privacy is important and good accoustical treatment should therefore be provided. The feeling of being heard by others should be avoided. Visual protection is also desirable; the same applies to the consultation/examination room. The emphasis in the staff area of the unit should be on avoiding corridors and rigid

separations between staff members. The interviewers should all be located close to each other with the necessary privacy for the patient. This fosters closer staff collaboration and more protection.

Generally, discretion and confidentiality should be emphasized by providing the layout with adequate design details, e.g. the telephone should be located so that it is not in the centre of the common open space, and small private partitioned areas should be provided for the receptionist and other staff, adjacent to and easily accessible from their desks. Also, sound absorptive materials should be used in critical areas.

It is essential to have discreet barrier separation which will deter visitors from wandering unattended through empty offices in the unit.

1.5.5 Group Therapy Area. In group therapy, the leader helps the group build norms conducive to therapy, such as non-judgmental acceptance, involvements, self-disclosure, expression of conflicts and affections.

The patients usually sit in an informal way as in any gathering place. They might be shown slides or films. Audio-visual capacity is desirable in group therapy areas.

1.5.6 Occupational Therapy Area. In occupational therapy, the aim is to increase self-esteem and to teach new occupational skills. This is in contrast with psychotherapy in which the patient has to recall previous situations of success or failure in confidence.

Occupational therapy rooms tend to be very colourful and perceptually stimulating with art work and materials displayed in the room.

The size of the room has an effect on the approach the therapist can use to help the patients achieve his goal. Sometimes the therapist will have to discuss the goal and reduce its scope to make it successful within the constraints of the existing physical space provided. Projects vary: cutting, staining and glazing, knitting, painting by number, growing plants, hammering wood or leather (helps identify anger), music therapy, poetry or play reading are activities that may be regularly planned for small groups of patients. In occupational therapy rooms the architect should stress the socialization aspect. Sitting around one table encourages patients to ask each other for input into their activities.

1.5.7 Recreational Facilities. In some methadone centres, recreational facilities are not necessary. They seem to encourage the addicts to remain unemployed and to spend the day playing billiards or ping-pong until their next dose. Any occupational area which does not relate to a therapy program should be avoided.

1.6 Desirable Functional Relationships

1.6.1 Patients' Functions'

- The receptionist's area should be directly related to the main entrance to the unit.
- The waiting area should be directly related to the receptionist's area.
- The dispensary should be directly related to the waiting area.
- The same applies to the specimen taking area.
- Specimen taking should be integrated with or directly related to the dispensary.
- Counselling should be easily accessible from the waiting area; the same applies to consultation and examination.

1.6.2 Supportive Functions

- The soiled utility area should be directly related to the specimen taking area and the dispensary.
- The methadone storage should be either integrated with or directly related to the dispensary. It should be directly related to administration for easy control of inventory.

1.6.3 Case of an Inpatient Unit

- Soiled utility and linen area should be central to the ward. Its relationship to the nurses' station is desirable.
- The same applies to the storage area and the kitchenette.
- The nurses' station should be directly related to the patients and the head nurse or social worker.
- The group or activity room should have easy access from the nurses' station for easy supervision.

1.6.4 Administration Functions

- Patients' records should be integrated with or directly related to the receptionist and to administration.
- The staff conference room should be adequately related to the receptionist's area for cases where outsiders are invited in matters related to the programs of the unit.

BIBLIOGRAPHY

Reuner, Johns Jr. "Treating the drug abuser" Psychiatric Nursing in the Hospital and the Community, Second Edition, Am. Wolbert Burgess and Aaron Lazarre.

VISITS

- Drug Addiction Treatment Unit of the Drug Addiction Research Foundation - Toronto, Ontario, Canada
- A Methadone Program Unit in Vancouver, British Columbia - Vancouver - British Columbia - Canada

2. MECHANICAL DESIGN CONSIDERATIONS

2.1 General

The narcotic addiction treatment unit mainly provides medical services for people addicted to narcotics to such a degree that professional help is needed to restore their health.

The unit can be a part of a hospital complex or can be an independent building affiliated with the hospital which has other departments such as emergency, medical and psychiatry. Since the treatment programs at the present state of knowledge are very diverse and experimental and can be changed at any time, all requirements for physcial facilities can also be altered to suit new programs.

Therefore, all the mechanical systems should be designed as self-contained systems, not overlapping the other departments.

2.2 Plumbing

2.2.1 All plumbing systems should be designed and installed according to the National Building Code Part 7, provincial and local codes, and CSA Standards Z317.1-M1978.

2.2.2 Hot water for general use should not exceed 45°C (110°F) and precautions should be taken to prevent a build-up of higher water temperature in piping systems during low or no use periods.

2.2.3 Water closets should be an elongated syphon-jet bowl, preferably wall hung, with a flush valve and an open seat with integral check hinge or seat bumpers. One toilet room accessible from the examination room should be designed in such a way that will permit a specimen of urine to be taken under staff supervision.

2.2.4 The patient's bathroom should have the following fixtures:

- a water closet;
- a lavatory which should be vitreous china with anti-splash rim, soap dishes, overflow and drain without stopper and integral perforated grid;
- a bath with a slip-resistant floor and hand-held shower head.

A common bathroom for two bedrooms is not desirable because of the need to separate the sexes and to ensure personal safety.

2.2.5 The lavatory in the anteroom of the isolation unit should have a knee- or foot-operated water supply with a gooseneck faucet.

2.2.6 A one compartment, stainless steel sink with a gooseneck faucet with hot and cold water supply is required in the medical room accessible from the nurses' station.

2.2.7 Plumbing fixtures in the dining room or servery depend upon the food processing, distribution and delivery system. But in any case some basic fixtures and equipment are required as follows:

- a two-compartment, stainless steel sink (counter top type) c/w hot and cold water supplies,
- a coffee and boiled water urn (electrically operated),
- a toaster and two hot plates,
- a domestic type 15 cu. ft. refrigerator.

2.3 Fire Protection

2.3.1 The Fire protection system of this unit should correspond to all requirements related to fire safety as defined by the National Building Code, Parts 3 and 6, and all other provincial and local fire regulations.

2.4 Medical Gases

2.4.1 Generally, there is no need for a central piped medical gas system, but two portable oxygen cylinders and a portable vacuum pump should be provided in the nurses' station or in the examination room for emergency situations.

2.5 Environment Control

2.5.1 The environment control should be designed in accordance with the National Building Code, Part 6, CSA Standard Z317.2, which is in the preparatory stage, and all other provincial and local codes that apply.

2.5.2 Heating. Induction units and steam should not be used as any part of the direct heating system in this unit.

Individual thermostats in each bedroom are not desirable for safety reasons because patients in unstable conditions can damage the thermostat. Therefore, the temperature should be controlled by a zone thermostat located in the staff supervised rooms, and the thermostats should be the enclosed type, key operated without any thermometers.

The winter design temperature range for this unit should be 20°C to 24°C (68°F to 75°F).

2.5.3 Ventilation and air-conditioning should be provided at the following rates:

- patients' rooms: up to 4 air changes per hour;
- bathrooms and washrooms: up to 10 air changes per hour;
- waiting and living room areas: 4 air changes per hour if cigarette smoking is permitted.

The summer design temperature should be 24°C (75°F).

2.5.4 Consideration should be given to providing the supply air and exhaust air systems for this unit with double speed fans and a night setback control device to save energy.

3. ELECTRICAL DESIGN CONSIDERATIONS

3.1 Power Supply

The electrical system for the narcotic addiction treatment unit should comply with the requirements of the Canadian Standards Association, Canadian Electrical Code, Part I, entitled "Safety Standards for Electrical Installations", as well as with all applicable local codes.

Electrical equipment and materials used in the electrical system should be of the very best quality to ensure reliability and durability. It is considered false economy to use inferior grade materials which ultimately increase maintenance and repair costs and contribute to frequent failures and inefficient operation.

The narcotic addiction treatment unit may be either a self-supporting unit outside the hospital or a unit within the structure of a general hospital. In the latter case, the unit will be supplied with electrical power from the hospital's distribution panelboard serving that particular area.

Panels feeding lighting, receptacles and small appliances, etc., should be located on the same floor as the circuits they feed and should be sized to contain at least 25% spare capacity for future load growth. All panels should contain a typewritten directory, mounted inside the panel door, identifying the load served by each circuit.

3.2 Emergency Power Supply

Certain specified loads in the unit should be connected to the hospital's emergency generator system. These loads should include selected lighting for directional signs, exit-ways, stairways and corridors; selected lighting and receptacles at the nurses' station; power for the nurses' call system, the paging system, and the fire alarm system; required power and lighting to maintain the telephone service; and one receptacle and selected lighting in the doctor's consultation/examination room.

3.3 Switches and Receptacles

Silent or quiet type switches, specification grade, should be used throughout the unit. The corridor lighting in the live-in patients' areas should be controlled by switches located at the nurses' station. This permits the nurse to reduce the lighting level in the corridor during periods of low corridor traffic (i.e., during the night and early morning).

Receptacles should be specification grade, rated 15 or 20 amperes, 3 wire, "U" ground type, 125 volts. Specially rated receptacles should be provided in the kitchenette or servery to accommodate food-carts, coffee urns, etc., if required. In the inpatients' bedrooms a minimum of three duplex receptacles should be provided. Two of these should be located one on either side of the bed. A receptacle should also be installed in the toilet or washroom for the use of an electric shaver.

Receptacles should be provided in the inpatients' area at 50 foot intervals to accommodate domestic cleaning equipment.

3.4 Communication Systems

3.4.1 Nurses' Call System. A simple, audio-visual nurses' call system should be provided. It should include a single-patient, wall-mounted station between each two beds in the patients' bedrooms; a separate call button for each bed; facilities for monitoring each bedroom with indication of such monitoring; staff stations located in consultation and examination rooms, and emergency stations in toilet, bathing and treatment areas. The emergency station should be arranged so that it can be cancelled at the station only and hence requires that nurses and/or supervisory personnel give first priority to answering the emergency call.

3.4.2 Public Address System. A public address or voice paging system should be provided in the narcotic addiction treatment unit. The system should be part of the hospital's main voice paging system but its connections should be arranged so that it may be sectionalized at the main control to permit the narcotics unit to be paged separately or turned off. If desired, provision for background music could be included in the paging system.

3.4.3 Telephone System. Telephone facilities are required at the nurses' station, in the nurses' and doctors' offices, and in the administration offices. Intercommunication between offices in the unit may take place using the telephone system. Public coin-operated telephones should be installed in waiting rooms.

3.4.4 Television Systems. Provision for entertainment television facilities for inpatients' bedrooms should be considered. A carefully engineered system should be installed and include an outdoor antenna and coaxial cable lead-in fed through an amplifier to individual antenna outlets in each bedroom. A receptacle should be provided beside each television outlet to supply power to the television receiver. A television outlet and receptacle should also be provided in the patients' lounge.

3.5 Lighting

An attempt should be made to create a non-institutional environment when designing the lighting system for the narcotic addiction treatment unit. In the patients' bedrooms a centre light should not be used. Illumination should be provided by the use of indirect lighting (for example, in a ceiling cove along the bed head wall of the room) and/or with the use of table and floor lamps. Alternatively, a two tube fluorescent type wall mounted bed lamp may be used and positioned above and behind the bed. The light from one lamp may be directed upwards and reflected off the ceiling to provide indirect general lighting. The other lamp may be directed downwards for

reading. Each lamp may be switched individually. A night light should also be installed in the room. It may be an incandescent type fixture recessed in the wall approximately 14 inches above the floor near the entrance doorway. The night light may be controlled by a switch at the nurses' station, if desired.

The doctors' consultation/examination room and treatment rooms should be illuminated by basic general lighting and by a special examination floor stand-lamp. General lighting should produce approximately 50 footcandles (54 dekalux)*. The examination light should provide approximately 100 footcandles (110 dekalux) on task. Supplementary lighting should also be provided on the physicians' desk so that an adequate level of illumination may be maintained for reading, preparing reports and writing instructions.

In the quiet room the lighting may be provided by recessed incandescent downlights with the lamps shielded. These lights should be controlled by dimmers to allow the lighting level to be reduced in order to provide a restful and quiet mood for the patient.

The requirements for lighting in other areas of the unit such as waiting areas, lounges, corridors, general offices, occupational and recreational facilities, group therapy areas, dining rooms and serveries, etc., follow closely those for commercial and industrial applications. Recommendations for lighting such areas are well documented in the latest edition of the handbook published by the Illumination Engineering Society. It should be emphasized, however, that in general, throughout the unit, it is most important to attempt to avoid as much as possible an institutional appearance in the design of the lighting system.

3.6 Fire Alarm System

An electrically-supervised, automatic fire detection and alarm system consisting of manually-operated fire alarm stations, automatic fire detectors, and audible devices should be provided for the narcotic addiction treatment unit. The system should meet the requirements of Section 32, CSA Canadian Electrical Code, Part 1, Standard C22.1-1975.

Manually-operated fire alarm stations should be installed near all exits from the unit and rate-of-rise automatic fire detectors should be installed in all bedrooms throughout the unit and at the nurses' stations. In all other areas of the unit sprinklers may be used.

Audible devices used to sound the alarm in the unit should be chimes and should be of sufficient volume to warn all staff members wherever they may be located in the course of their duties.

---

* dekalux is a metric unit equal to 0.93 footcandles. 1 dekalux equals 10 lux.

A fire alarm control and annunciator panel should be located at the nurses' station. The annunciator panel should indicate the general area from which a specific detection device or manual station has been activated. The sprinkler system should be connected to the fire alarm control panel through a pressure switch so that in the event that a sprinkler head is discharged, the fire alarm system will be activated.

Since the narcotic addiction treatment unit will, in this case, be within the structure of a general hospital, the fire alarm system for the unit should be integrated with the institution's existing fire detection and alarm system.

3.7 Special Alarm Systems

In areas where methadone or other such medication is dispensed, the drugs should be stored in a locked cabinet. A special alarm system should be installed to operate when the cabinet door is opened. It should activate an audible sound and illuminate a distinguishable light that shall be visible from the dispensary and the corridor outside. The system should be arranged so that the audible portion of the alarm system may be negated during periods when the methadone is dispensed under staff supervision.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU DESIGN

DES UNITÉS DE SOINS SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

UNITÉ DE TRAITEMENT DES TOXICOMANIES

DIVISION DE LA PLANIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

DIRECTION DES RESSOURCES EN SANTÉ

DIRECTION GENERALE DES SERVICES ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

PUBLICATION AUTORISÉE PAR LE

MINISTRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

3/81

Also available in English under the title
"narcotic addiction treatment unit in hospitals".

INTRODUCTION

HISTORIQUE

Les membres du Comité consultatif fédéral-provincial de l'Assurance-hospitalisation et des services de diagnostic et de ses sous-comités ont exprimé l'intérêt du gouvernement et des autorités hospitalières devant l'émergence d'unités distinctes (ayant pour vocation d'appliquer des techniques spécialisées de diagnostic et de traitement) à l'intérieur des établissements hospitaliers. Avec l'avènement de ces techniques, il est devenu évident qu'il existait des lacunes dans les directives et les normes en vigueur, non seulement en ce qui a trait à la planification, à l'organisation et à l'exploitation de ces "unités de soins spéciaux", mais aussi en ce qui touche aux locaux et aux services fournis.

C'est dans ce contexte qu'a été élaboré le présent ensemble de directives pour l'aménagement des locaux abritant ces services.

OBJECTIF

La présente série de directives d'aménagement a pour objet d'étudier les facteurs opérationnels et les facteurs connexes dont il faut tenir compte pour l'établissement de services de soins spéciaux dans les hôpitaux, en fonction des effets que ces facteurs peuvent avoir sur l'aménagement.

Les présentes publications s'adressent aux architectes, ingénieurs et autres professionnels qui s'occupent de la planification des établissements sanitaires.

RAPPORT EXISTANT ENTRE LES PRÉSENTES PUBLICATIONS ET D'AUTRES DIRECTIVES EN MATIÈRE DE PLANIFICATION

Les présentes directives d'aménagement constituent un complément aux "Directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux"*. Il faudrait donc les lire ensemble.

Il existera aussi un lien direct entre les directives concernant l'aménagement de la Division de la planification des établissements sanitaires (DPES) et les "méthodes" d'évaluation et d'aménagement de l'espace de la DPES pour certains services hospitaliers. Les "Méthodes d'évaluation et d'aménagement de l'espace" (en voie de préparation) ainsi qu'un "programme de services"**, soigneusement rédigé, et les deux autres séries de directives mentionnées ci-dessus formeront une approche intégrale à la planification des unités de soins spéciaux dans les hôpitaux et serviront de base à l'établissement d'un programme fonctionnel***. (Il importe de signaler qu'au moment de planifier une unité

---

* Rapport du Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux, publié en 1978 par la Direction des services de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

** Un relevé détaillé écrit des services qui seront fournis et des moyens utilisés à cette fin.

*** Une description des activités, des processus, des personnes et du matériel nécessaires pour fournir un service pour une charge de travail prévue.

de soins spéciaux, il faut établir un programme de service avant de consulter les directives, de manière à éviter de négliger ou d'exagérer certains aspects de l'aménagement).

GÉNÉRALITÉS

La Division de la planification des établissements sanitaires a l'intention de réviser et de mettre à jour les directives d'aménagement à intervalles réguliers. Elle invite donc les lecteurs à transmettre leurs observations et suggestions au directeur de la Division de la planification des établissements sanitaires, Direction des services de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa (Ontario) K1A 1B4.

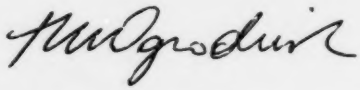
REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes, spécialistes dans leurs domaines respectifs, des organismes et des associations professionnelles ont contribué à l'élaboration des présentes directives. L'équipe de planification des locaux tient particulièrement à remercier le personnel des unités qui ont fait l'objet de l'étude du temps qu'il a bien voulu lui consacrer et des conseils prodigués. (La liste des établissements visités par l'équipe figure en annexe).

Les présentes directives et les autres de la série ont été préparées par l'équipe chargée des directives en matière de planification des locaux de la Division de la planification des établissements sanitaires, qui se compose des membres suivants:

M. Roger Diab - chef d'équipe et à diverses étapes,

H. Callan	R. Malette
S.T. Morawski	A. Croteau
J.C. Mayes	Lise Careau
B. Laing	Christine Scheel



T.M. Ogrodnik
Directeur
Division de la planification des établissements sanitaire
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

LISTE DES UNITÉS RELEVANT DU PROGRAMME

Services d'hémodialyse
Unité de soins cardiaques
Unité de chirurgie cardiaque
Unité de soins aux brulés
Unité de soins intensifs
Unité de médecine nucléaire
Unité d'écho-diagnostic
Unité de tomographie par ordinateur
Unité de chirurgie de jour
Unité de soins de jour pour diabétiques
Unité de désintoxication
Unité de traitement des toxicomanies
Unité de soins dentaires
Unités de gériatrie et hôpitaux de jour pour personnes âgées*
Unité de médecine physique et de réadaptation
Unité d'inhalothérapie

**Unité de soins intensifs périnataux
**Services d'alimentation parentérale totale
**Soins psychiatriques dispensés par les hôpitaux

* Ce volume traite de deux unités; on estime qu'elles sont suffisament reliées pour faire partie d'un seul volume.

** La publication des directives d'aménagement de ces unités se fera à une date ultérieure.

TABLE DES MATIÈRES

1. **CONSIDÉRATIONS RELATIVES À L'ARCHITECTURE**

- 1.1 Genres d'installations
- 1.2 Considérations générales
- 1.3 Services de soutien
- 1.4 Description des fonctions
- 1.5 Exigences conceptuelles
  - 1.5.1 Accueil et attente
  - 1.5.2 Dispensaire et prélèvement d'échantillons
  - 1.5.3 Consultation et examen
  - 1.5.4 Entrevues et orientation
  - 1.5.5 Thérapie de groupe
  - 1.5.6 Ergothérapie
  - 1.5.7 Installations récréatives
- 1.6 Articulations des différentes sections de l'unité
  - 1.6.1 Aires réservées aux malades
  - 1.6.2 Services connexes
  - 1.6.3 Dans le cas d'une unité pour malades hospitalisés
  - 1.6.4 Services administratifs

2. **CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MÉCANIQUE**

- 2.1 Généralités
- 2.2 Plomberie
- 2.3 Protection contre l'incendie
- 2.4 Gaz pour usage médical
- 2.5 Contrôle d'ambiance

3. **CONSIDÉRATIONS RELATIVES À L'ÉLECTRICITÉ**

- 3.1 Alimentation
- 3.2 Alimentation de secours
- 3.3 Interrupteurs et prises de courant
- 3.4 Systèmes de communication
  - 3.4.1 Système d'appel d'infirmières
  - 3.4.2 Système de sonorisation
  - 3.4.3 Réseau téléphonique
  - 3.4.4 Systèmes de télévision
- 3.5 Éclairage
- 3.6 Système d'alarme d'incendie
- 3.7 Systèmes spéciaux d'alarme

1. CONSIDÉRATIONS RELATIVES À L'ARCHITECTURE

1.1 Genre d'installations

Étant donné le grand nombre d'impondérables en ce qui concerne la planification des exigences courantes pour le traitement des toxicomanes en général et les diverses manières d'aborder ce traitement*, il est nécessaire de définir nettement la portée spécifique des présentes lignes directrices en cernant trois facteurs déterminants:

1) Le genre de clientèle
On emploie un vocabulaire varié pour désigner les divers types de dépendance aux drogues. Des assuétudes différentes requièrent des programmes thérapeutiques différents et, aussi, des installations matérielles qui varient selon les cas. Le titre de la présente section indique clairement qu'il y sera question de "toxicomanes".

2) La situation
Une unité thérapeutique à l'intérieur d'un hôpital sera différente d'une unité pour malades non alités qui se trouve détachée d'un établissement hospitalier dans un cadre communautaire. Les présentes lignes directrices concernent essentiellement une unité externe distincte fonctionnant en liaison avec un hôpital.

3) La manière d'aborder le traitement
Tout programme de traitement à la méthadone nécessite, en ce qui concerne l'agencement, des dispositifs particuliers qui diffèrent de ceux des autres programmes. Les présentes lignes directrices se limitent aux unités de traitement des toxicomanies, et en particulier à celles qui emploient la méthadone comme élément du traitement.*

Étant donné les principes précédents, il est très important que l'architecte connaisse bien le type de malades dont il s'agit, ainsi que les perspectives conceptuelles courantes du soin des malades, s'il veut être capable de reconnaître et de créer les conditions d'ambiance indispensables pour le malade et le personnel dans ce genre d'établissements.

Les adeptes des stupéfiants, bien qu'ils fassent souvent preuve d'intelligence, sont néanmoins peu aptes à affronter les tensions de l'existence et ils ont trouvé dans la drogue un moyen facile d'échapper à leurs difficultés.

On utilise généralement trois perspectives conceptuelles pour évaluer ceux qui abusent des stupéfiants.

1) La perspective médicale consiste à découvrir si l'état du malade est dû à l'intoxication, à une surdose ou au syndrome de sevrage. L'unité peut être appelée à recevoir des cas d'incapacité quasi totale, tel un malade qui est transporté par deux de ses amis ou un autre qui vient par ses propres moyens, mais qui se trouve très

---

* Vol. 1 - Directives concernant les services spéciaux dans les hôpitaux - Santé et Bien-être social Canada. (1975)

mal en point. En pareils cas les hôpitaux dispensent le traitement idéal pour les malades, et leurs services sont les plus économiques.

2) Du point de vue psychologique, certains sujets ne prennent contact avec l'établissement médico-sanitaire ou psychiatrique qu'une fois leur provision de drogue épuisée. La réadaptation n'est pas leur objectif, mais le travailleur social trouve là une occasion stimulante en ce sens qu'il peut mettre à profit ce moment de crise pour inciter les malades à obtenir de l'aide pour régler leurs problèmes. D'autres s'adonnent à la drogue à cause de conflits psychologiques. Éprouvant le besoin d'une motivation pour opérer un changement, ils estiment plus facile d'exposer leurs problèmes en parlant de réactions fâcheuses à la drogue, plutôt que de reconnaître leurs carences psychologiques. Ces sujets souhaitent peut-être sincèrement modifier leur mode de vie actuel. Les installations prévues pour ce type de malade auront un caractère résidentiel (maison d'accueil, établissement de séjour en groupe).

   Dans tous les cas, il importe de créer un service où règne une atmosphère de cordialité, et qui invite à une confiance et une compréhension parfaites; les éléments qui peuvent être une source de distraction sont à éviter dans le tracé des plans. Les matériaux insonorisants devraient être utilisés en vue d'éliminer les bruits indésirables, et il convient d'éviter la distraction visuelle.

3) Pour ce qui est de la perspective sociale, il s'agit d'aider les toxicomanes à reconnaître les pressions extérieures d'ordre familial, professionnel ou judiciaire. Le fait que les sujets se montrent prêts à obtenir de l'aide indique qu'un changement survenu dans leur vie les a amenés dans cette voie. La crise qui a obligé ces personnes à solliciter de l'aide constitue une excellente occasion d'entreprendre un travail de réadaptation à long terme. Une fois que les pressions sociales et leurs effets ont été mis en évidence, on choisit le genre de service qui convient à tel ou tel sujet: réadaptation à long terme, soins psychiatriques en milieu hospitalier, soins de jour, programmes d'auto-réadaptation en résidence, psychothérapie ou cure d'entretien à la méthadone.

Quand il s'agit d'habitués, chacune des perspectives susmentionnées ne forme pas une entité ou un programme distinct. On s'attaque à l'ensemble du problème en l'abordant sous ses trois facettes en même temps.

Pour les adeptes invétérés des stupéfiants, ceux-ci exigent des soins en résidence et devraient être adressés à un programme d'auto-réadaptation. Mais, il arrive parfois que la tension imposée par ces programmes ne puisse être tolérée par les toxicomanes qui présentent des troubles caractériels sérieux.

1.2 Considérations générales

Habituellement, le traitement des toxicomanes durant une crise aiguë consiste à leur apporter le réconfort et le soutien dont ils ont besoin pour contrer la peur d'être malades pendant leur cure de désintoxication. Ils ont besoin de se sentir acceptés et respectés. Les installations devraient répondre à ces exigences en ce qui concerne la texture des matériaux, le type d'ameublement et l'éclairage. On doit faire en sorte que le malade ait l'impression d'être le centre d'intérêt. L'hostilité des malades finit par disparaître lorsqu'ils se rendent compte que le personnel s'intéresse vraiment à leurs problèmes.*

- On peut parfois recourir à la médication lorsqu'on ne parvient pas à calmer le sujet.

- La thérapie de groupe avec des malades externes peut également se révéler utile pour certains habitués des drogues.

- La cure d'entretien à la méthadone n'est utile que dans le cas des héroïnomanes et des opiomanes. Elle ne peut être dispensée qu'avec une surveillance rigoureuse. Certains programmes limitent le traitement aux seuls sujets âgés de plus de 18 ans. Bon nombre de concepteurs de programmes de désintoxication préconisent que tous les toxicomanes, peu importe leurs antécédents, soient incités à tenter un sérieux effort d'auto-réadaptation en résidence avant d'être soumis à la cure d'entretien à la méthadone.

1.3 Services connexes

Pour être efficace, le traitement d'entretien à la méthadone doit être suivi d'un programme de réadaptation de qualité. Il importe de prévoir des services connexes (orientation, réadaptation professionnelle, et formation) et de créer une atmosphère stimulante et encourageante. Les programmes qui s'adressent à plus de 50 sujets à la fois sont souvent inefficaces. Un coefficient élevé personnel/malades est habituellement un facteur de réussite.

1.4 Description des fonctions

Les principaux impératifs fonctionnels d'une unité de traitement pour toxicomanes sont les suivants:**

- accueil
- attente

---

* "Treating the Drug Abuser" - John A. Reuner Jr.
"Psychiatric Nursing in the Hospital and the Community" - Am. Wolbert Burgess/Aaron Lazarre

** Certains centres de traitement communautaire pour toxicomanes n'ont pas forcément besoin de toutes les fonctions susmentionnées.

- dispensaire et prélèvement d'échantillons
- consultation et examen
- orientation et entrevues
- salle de conférences ou salle de réunion du personnel
- administration
- archives
- dépôt de méthadone
- salles de toilettes
- cuisinette (pour les pauses café du personnel, etc.)
- thérapie de groupe
- ergothérapie
*- logement des sujets hospitalisés (chambres, baignoires, latrines)
*- infirmière-chef ou travailleuse sociale
*- poste d'infirmières
- dépôt
*- linge

1.5 Exigences conceptuelles

1.5.1 Accueil et attente

- L'entrée de l'unité devrait être directement accessible de la rue, par un vestibule d'entrée. Il faudrait éviter les couloirs, les escaliers intérieurs et les coins obscurs laissés sans surveillance afin qu'ils ne soient pas utilisés comme lieux de rencontre indésirable.

- La réceptionniste devrait être en mesure de voir d'un coup d'oeil l'entrée principale, la zone d'attente et le dispensaire si c'est possible. Pour ce qui est de l'aménagement, le comptoir d'accueil avec pupitre distinct à l'arrière est préférable à l'ensemble pupitre/comptoir parce qu'il empêche les curieux d'avoir accès aux divers documents que l'on est en train de dactylographier ou de classer et ainsi de sauvegarder l'anonymat.

- Les zones d'attente devraient être bien en vue du centre d'accueil si l'on ne veut pas qu'elles deviennent un lieu de rencontre permanent pour les toxicomanes et leurs amis.

- Les dimensions de la zone d'attente et le mobilier qui s'y trouve ont leur importance en ce qui regarde l'efficacité du traitement. Il devrait y avoir tout juste assez de place pour accueillir 2 ou 3 personnes à la fois. Le mobilier ne devrait pas être trop confortable (fauteuils ou divans, par exemple) pour empêcher que certains sujets ne s'attardent indûment sur place.

1.5.2 Dispensaire et prélèvement d'échantillons. Les sujets sont généralement tenus de fournir des échantillons d'urine et ceci est fait sous observation pour éviter que certains d'entre eux ne

* Ces fonctions n'interviennent que dans l'application des programmes de traitement pour toxicomanes en consultation interne (alités)

s'échangent leurs échantillons en vue d'obtenir des doses supplémentaires de drogue. Par conséquent, il y a une relation étroite entre le dispensaire et la salle où on prélève les échantillons. Ils ne sont parfois séparés que par un panneau ou une porte de telle sorte que l'on puisse observer les sujets.

La même remarque prévaut pour la distribution des médicaments, laquelle se fait ordinairement sous surveillance.

Le sujet devrait pouvoir passer son échantillon d'urine directement au dispensaire et, lorsqu'on lui remet une dose de médicament, il ne devrait pas avoir sous les yeux de vastes stocks qui risquent de le tenter. Les tablettes et les armoires à médicaments devraient être discrètement mises à l'abri des yeux du toxicomane et n'être accessibles qu'au personnel responsable.

Le dispensaire devrait être muni d'un dispositif de protection électronique contre le vol, et il ne devrait pas être facilement accessible au public.

Lorsqu'il y a remise de méthadone pendant la fin de semaine et que le centre de traitement est fermé, il faudrait prévoir un dépôt sûr qui soit à l'abri des voleurs et des vandales. Cette aire devrait être liée à une pièce où les toxicomanes pourraient se procurer leur dose de méthadone et la consommer sur les lieux mêmes et sous surveillance.

1.5.3 Salle de consultation et d'examen. Cette pièce sert: aux malades qui doivent être examinés par un médecin; aux évaluations préliminaires ainsi qu'aux sujets à qui il arrive de se trouver en état d'intoxication.

1.5.4 Salle d'entrevues et d'orientation. Dans la salle réservée aux entrevues, il importe de mettre l'accent sur le caractère d'intimité en prévoyant une bonne insonorisation. On ne doit pas y avoir l'impression d'être entendu ou vu par des tiers et les mêmes remarques valent pour l'aire réservée à la consultation et aux examens. En ce qui concerne les lieux réservés au personnel de l'unité, il faudrait s'efforcer avant tout d'éviter les couloirs et les séparations rigides entre les membres du personnel. Il faudrait aménager les salles de façon à ce que les interviewers se trouvent à proximité les uns des autres, tout en tenant compte de l'intimité nécessaire au malade. Cet agencement favorise une collaboration plus étroite entre le personnel et il assure une plus grande protection.

De façon générale, on devrait insister sur la discrétion et l'intimité en prévoyant dans le tracé des plans les détails techniques qui s'imposent; par exemple l'emplacement des téléphones (éviter, par exemple, qu'une personne ne parle au téléphone en plein centre d'un espace ouvert commun) en prévoyant, pour la réceptionniste et pour d'autres membres du personnel, de petites aires privées avec cloisons contiguës à leurs pupitres et facilement accessibles. On devrait également faire usage de matériaux insonorisants dans les endroits critiques.

Il est essentiel d'aménager une séparation au moyen de barrières discrètes, ce qui empêcherait les visiteurs d'errer sans surveillance dans les bureaux vides du centre de traitement.

1.5.5 Salles de thérapie de groupe. En thérapie de groupe, l'animateur aide les membres à établir des normes qui contribuent à la guérison: acceptation sans préjugés, engagement de la personne, révélation de soi, libre expression des conflits et des affections.

Les malades s'assoient d'ordinaire, selon leur désir, comme dans n'importe quelle autre réunion. On peut leur présenter des films ou des diapositives. Il est souhaitable que les aires réservées à la thérapie de groupe soient pourvues d'installations audio-visuelles.

1.5.6 Salles d'ergothérapie. L'ergothérapie vise à accroître l'estime de soi et à enseigner de nouvelles aptitudes professionnelles. Cette technique diffère de la psychothérapie où le patient est appelé à évoquer verbalement et en toute confidence des situations antérieures impliquant la réussite ou l'échec.

Les salles d'ergothérapie ont tendance à être très pittoresques et sont en général décorées au moyen d'oeuvres d'art et de matériel artistique.

La dimension de la salle influe sur la façon dont le thérapeute aborde l'objectif que le malade s'est fixé. Parfois le thérapeute devra "négocier" l'objectif, limitant ainsi sa portée dans les contraintes du cadre matériel existant. Les travaux sont variés: gravure, teinture et glaçage, tricot, peinture par numéros, culture de plantes, martelage du bois ou du cuir (aide à défouler la colère), musicothérapie, lecture de poèmes ou de pièces dramatiques, voilà autant d'activités susceptibles d'être régulièrement organisées pour de petits groupes de malades. En traçant les plans des salles réservées à l'ergothérapie, l'architecte doit mettre l'accent sur l'élément "socialisation". Le fait de se réunir autour d'une table encourage les sujets à s'impliquer les uns les autres dans leurs activités.

1.5.7 Installations récréatives. Dans certains centres de traitement à la méthadone, il n'est point besoin d'installations récréatives. Les jeux et autres divertissements semblent encourager l'oisiveté chez les toxicomanes, qui passent ainsi leurs journées à jouer au billard ou au ping-pong dans l'attente de leur prochaine dose. Toute aire occupationnelle sans rapport avec un programme thérapeutique doit donc être évitée.

1.6 Articulation des différentes sections de l'unité

1.6.1 Aires réservées aux malades

- La salle d'accueil devrait être liée directement à l'entrée principale de l'unité.

- La zone d'attente devrait être liée directement à la salle d'accueil.

- Le dispensaire devrait être lié directement à la zone d'attente.

- Il en va de même pour la salle de prélèvement des échantillons.

- La salle de prise d'échantillons devrait faire partie intégrante du dispensaire ou être liée à celui-ci.

- Le bureau d'orientation devrait être facilement accessible de la zone d'attente, et il en va de même pour les services de consultation et d'examen.

1.6.2 Services connexes

- Une pièce de service pour articles souillés devrait être attenante à la salle de prise d'échantillons et au dispensaire.

- Le dépôt de méthadone sera intégré ou contigu au dispensaire. Sa contigulté à l'administration s'impose pour des raisons de gestion et d'inventaire des stocks.

1.6.3 Dans le cas d'une unité pour malades hospitalisés

- La pièce de service pour articles souillés et le dépôt de linge propre devraient être situés au centre du service et, de préférence, à proximité du poste d'infirmières.

- Il en va de même pour les lieux de stockage et la cuisinette.

- Le poste des infirmières devrait être contigu aux chambres des malades et le bureau de l'infirmière-chef ou de la travailleuse sociale.

- La salle commune ou salle d'activité devrait être facilement accessible du poste d'infirmières pour des raisons de surveillance.

1.6.4 Services administratifs

- La salle d'archives devrait être intégrée ou attenante au bureau d'accueil, ainsi qu'à l'administration.

- La salle de conférences du personnel devrait être attenante à la salle d'accueil pour les gens de l'extérieur invités à venir rencontrer les responsables de l'unité.

BIBLIOGRAPHIE

Psychiatric Nursing in the Hospital and the Community (2e édition), par Am. Wolbert Burgess et Aaron Lazarre.

VISITES

- Centre de traitement de la toxicomanie de la "Drug Addiction Research Foundation" - Toronto.

- Un centre de taitement par la méthadone, à Vancouver (Colombie-Britannique).

2. CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MÉCANIQUE

2.1 Généralités

L'unité de traitement pour toxicomanes vise à dispenser avant tout des soins médicaux à ceux dont la dépendance à l'égard des stupéfiants est telle qu'il leur faut une aide professionnelle pour pouvoir recouvrer la santé.

L'unité peut fair partie d'un bloc hospitalier ou être située dans un pavillon indépendant affilié à l'hôpital qui compte d'autres services tels que l'urgence, la médecine et la psychiatrie. Actuellement, les programmes thérapeutiques sont très diversifiés et un grand nombre sont au stade expérimental, ce qui fait qu'ils peuvent être modifiés à tout moment. En conséquence, toutes les exigences relatives à l'aménagement matériel sont sujettes à changer en fonction des programmes nouveaux.

Aussi, tous les sytèmes mécaniques devraient-ils être conçus comme des systèmes autonomes, et ne pas desservir d'autres services.

2.2 Plomberie

2.2.1 Toutes les installations de plomberie devraient être conçues et installées en conformité avec la partie 7 du Code national du bâtiment, avec les codes en vigueur à l'échelon provincial ou local, et avec la norme Z317.1-M1978 de l'ACNOR.

2.2.2 La température de l'eau chaude pour usage général ne devrait pas dépasser 45°C (110°F). Des mesures doivent être prises pour empêcher toute élévation de la température de l'eau dans les canalisations pendant les périodes creuses.

2.2.3 Les cabinets d'aisances devraient comporter une cuvette murale à action siphonique et à bord allongé, avec robinet de chasse et siège ajouré muni d'une charnière incorporée ou de tampons de siège. Une salle de toilette accessible de la salle d'examen devrait être conçue de manière à permettre la prise d'échantillons d'urine sous la surveillance du personnel.

2.2.4 La salle de bains du malade devrait comporter les installations suivantes:

- un cabinet d'aisances;
- un lavabo en porcelaine vitreuse avec rebord antiéclaboussures, porte-savon, orifice de trop-plein et d'écoulement sans bouchon et grille perforée incorporée;
- une baignoire à fond antidérapant et munie d'une pomme de douche à main.

Une salle de bains commune pour deux chambres n'est pas opportune, pour des raisons de sécurité personnelle et parce que les malades peuvent être de sexes différents.

2.2.5 Le lavabo situé dans l'antichambre de la pièce d'isolement devrait comporter une adduction d'eau commandée au genou ou au pied, avec robinet en col de cygne.

2.2.6 Un évier simple en acier inoxydable, muni d'un robinet mélangeur d'eau chaude et d'eau froide en col de cygne est indispensable dans la salle médicale accessible du poste d'infirmières.

2.2.7 Les accessoires de plomberie dans la salle à manger ou l'aire de service sont fonction du système de préparation, de distribution et de livraison des aliments. Dans tous les cas, voici les accessoires et les appareils de base indispensables:

- un évier double en acier inoxydable (encastré) avec arrivée d'eau chaude et d'eau froide;
- une cafetière et une fontaine d'eau chaude (électriques);
- un grille-pain et 2 plaques chauffantes;
- un réfrigérateur 4.5 m^3 (15 pi^3) de type ménager;

2.3 Protection contre l'incendie

2.3.1 Le système de protection contre l'incendie de la présente unité devrait être conforme à toutes les exigences en matière de sécurité d'incendie, telles qu'elles sont définies dans les parties 3 et 6 du Code national du bâtiment ainsi que dans tous les autres règlements sur les incendies qui existent à l'échelon provincial ou local.

2.4 Gaz pour usage médical

2.4.1 En général, on n'a pas besoin d'un réseau de distribution de gaz médicaux à canalisation centrale, mais il convient de prévoir 2 cylindres roulables d'oxygène ainsi qu'une pompe à vide mobile dans le poste d'infirmières ou dans la salle d'examen pour les urgences.

2.5 Contrôles d'ambiance

2.5.1 Les contrôles d'ambiance devraient être conçus en conformité avec la partie 6 du Code national du bâtiment et avec la norme 317.2 de l'ACNOR (en voie de préparation), ainsi qu'avec tous les autres codes en vigueur à l'échelon provincial et local.

2.5.2 Chauffage. Nulle part dans le système de chauffage direct des installations devrait-on faire usage d'éléments d'induction ou de vapeur.

Les thermostats individuels dans chaque chambre sont à déconseiller, pour des raisons de sécurité. Il peut arriver, en effet, que certains malades instables endommagent le thermostat. Il convient donc de régler la température à l'aide d'un thermostat de zone situé dans les salles sous surveillance du personnel, et les thermostats devraient être du type sous boîtier, à commande par clé et dépourvus de thermomètres.

La température en hiver dans la présente unité devrait se situer entre 20°C et 24°C (68° à 75°F).

2.5.3 La ventilation et le conditionnement d'air devraient se faire dans les conditions suivantes:

- 4 renouvellements d'air par heure dans les chambres de malades;
- 10 renouvellements d'air par heure dans les salles de bains et toilettes;
- 4 renouvellements d'air par heure dans les salles d'attente et de séjour lorsque l'usage de la cigarette est autorisé.

En été la température devrait être maintenue à 24°C (75°F).

2.5.4 Les systèmes d'adduction et d'évacuation de l'air dans la présente unité devraient être munis de ventilateurs à deux vitesses et d'une commande de basse vitesse pour la nuit, pour économiser l'énergie.

3. CONSIDÉRATIONS RELATIVES À L'ÉLECTRICITÉ

3.1 Alimentation

Le système électrique de l'unité de traitement pour toxicomanes devrait être conforme aux exigences de l'Association canadienne de normalisation, de la section I du Code canadien de l'électricité ("Normes de sécurité relatives aux installations électriques"), ainsi qu'à tous les codes locaux en vigueur.

Les appareils et matériaux électriques utilisés pour les installations électriques devraient être de qualité supérieure pour des raisons de fiabilité et de durabilité. L'utilisation de matériaux de qualité inférieure est une fausse économie qui, à la longue, se traduit par des coûts d'entretien et de réparation plus élevés et occasionne des pannes fréquentes et un fonctionnement inefficace.

L'unité de traitement pour toxicomanes peut être un centre autonome hors de l'hôpital ou un centre situé à l'intérieur même d'un hôpital général. Dans ce dernier cas, ce centre sera alimenté en énergie électrique à partir du tableau de distribution desservant cette zone.

Les tableaux qui alimentent les appareils d'éclairage, les prises de courant et les petits appareils ménagers devraient être situés sur le même étage que les circuits ou les réseaux qui les alimentent, et devraient être calculés en fonction d'une augmentation éventuelle de 25 p.100 de la demande. Tous les tableaux devraient être munis d'une fiche signalétique dactylographiée, posée à la face intérieure de la porte du tableau, et indiquant la demande propre à chaque circuit.

3.2 Alimentation de secours

Certaines charges déterminées du centre devraient être liées au système de secours de l'hôpital. Ces charges devraient comprendre l'éclairage sélectif des indicateurs, des sorties, des escaliers et des couloirs, ainsi que l'éclairage et les prises de courant choisies à l'emplacement des postes d'infirmières, l'énergie pour le système d'appel des infirmières, le système de recherche de personnes (téléavertisseurs) et le système d'alarme incendie, ainsi que l'énergie et l'éclairage indispensables pour le maintien du service téléphonique, sans oublier une prise de courant et l'éclairage sélectif dans la salle de consultation et d'examen dont se sert le médecin.

3.3 Interrupteurs et prises de courant

Des interrupteurs type silencieux de qualité indiquée devraient être utilisés dans l'ensemble de l'unité. L'éclairage des couloirs dans les zones où se trouvent les malades hospitalisés devrait être commandé par des interrupteurs situés dans le poste des infirmières. Cela devrait permettre à l'infirmière de réduire le niveau d'éclairage dans le couloir au cours des périodes de circulation réduite (c'est-à-dire au cours de la nuit et tôt le matin).

Les prises de courant devraient être de qualité indiquée, 15 ou 20 ampères, à 3 fils, prises de terre "U", 125 volts. Il devrait y avoir des prises de courant

de puissance particulière dans la cuisinette afin d'y brancher les chariots alimentaires, les distributeurs à café, etc., selon les besoins. Il devrait y avoir au moins trois prises doubles dans les chambres des malades dont une de chaque côté du lit et une autre dans la salle de toilette ou la salle d'eau, pour y brancher un rasoir électrique.

Enfin, il devrait y avoir des prises à intervalles de 50 pieds dans le couloir de la zone où se trouvent les malades hospitalisés, pour y brancher le matériel de nettoyage électromécanique.

3.4 Systèmes de communication

3.4.1 Système d'appel d'infirmières. Il devrait y avoir un système audio-visuel simple pour l'appel des infirmières, avec un poste mural unique pour les malades, monté entre chaque groupe de deux lits dans les chambres de malades, un bouton d'appel distinct pour chaque lit, des installations de surveillance pour chaque chambre avec indication de ladite surveillance, des postes pour le personnel situés dans les salles de consultation et d'examen, et des postes d'urgence dans les toilettes, les salles d'eau et les zones de traitement. Le poste d'urgence devrait être aménagé de telle sorte que le signal ne puisse être arrêté qu'au poste même afin que les infirmières et le personnel de surveillance accordent une priorité absolue à l'appel d'urgence.

3.4.2 Système de sonorisation. Il y aurait lieu de prévoir un système de sonorisation ou système d'appel direct de personnes dans l'unité de traitement des toxicomanes. Ce système devrait être intégré au système de sonorisation principal de l'hôpital, mais ses raccordements devraient être tels qu'il y aurait moyen de les couper au poste de commande principal, de sorte que l'appel pourrait être dirigé sur le centre de traitement des toxicomanes séparément ou bloqué totalement. Si on le désire, on pourrait intégrer un relais de musique d'ambiance au système de sonorisation.

3.4.3 Réseau téléphonique. Des installations de téléphone sont indispensables dans le poste d'infirmières, dans les bureaux des médecins et des infirmières, ainsi que dans les bureaux de l'administration. L'intercommunication entre les divers bureaux du centre peut se faire par le truchement du réseau téléphonique. Des taxiphones devraient être installés dans les salles d'attente.

3.4.4 Systèmes de télévision. Il faudrait prévoir des installations de réception d'émissions télévisées dans les chambres des malades. Il devrait s'agir d'un système soigneusement conçu avec une antenne extérieure et un câble coaxial qui viennent alimenter, par l'entremise d'un amplificateur, les prises d'antenne distinctes de chaque chambre. A côté de chaque prise d'antenne il devrait y avoir une prise de courant pour le téléviseur. Il devrait également y avoir des prises d'antenne et de courant dans la salle commune des malades.

3.5 Éclairage

On devrait s'employer à créer, dans l'unité de traitement des toxicomanes, un système d'éclairage qui ne soit pas typique d'un hôpital. Un plafonnier est à éviter dans les chambres de malades. La lumière devrait être dispensée au moyen d'un éclairage indirect (par exemple, un encastrement en plafond à l'endroit du mur contre lequel est adossée la tête du lit) ou par l'emploi de lampes de table et de torchères. Ou bien encore, un appareil d'éclairage mural fluorescent à deux tubes peut être monté au-dessus du lit et derrière celui-ci. Le faisceau d'une des lampes peut être dirigé vers le plafond et réfléchi pour assurer l'éclairage indirect. Le faisceau de l'autre lampe peut être dirigé vers le bas pour favoriser la lecture. Chacune de ces lampes peut être munie d'un interrupteur. Il devrait y avoir une veilleuse dans chaque chambre. Il pourrait s'agir d'un appareil à incandescence, encastré dans le mur, à une hauteur d'environ 14 pouces (35 cm) du sol et à proximité de la porte. Au besoin, la veilleuse peut être commandée par un interrupteur situé dans le poste des infirmières.

La salle de consultation et d'examen à l'usage des médecins, ainsi que les salles de traitement devraient être éclairées par un système d'éclairage général fondamental et par une lampe sur pied pour examens. L'éclairage général devrait fournir à peu près 54 décalux (50 footcandles)*. L'éclairement nécessaire aux examens devrait fournir environ 110 décalux (100 footcandles) dans l'aire d'examen. On devrait également prévoir un éclairage supplémentaire sur le pupitre des médecins, de manière à maintenir un niveau d'éclairage suffisant pour lire, rédiger des rapports et des instructions.

Dans la salle de repos, l'éclairage devrait être dispensé par des appareils encastrés à incandescence éclairant vers le bas et dont les ampoules sont abritées. Ces lampes devraient être munies de rhéostats pour permettre la réduction du niveau d'éclairage, créant ainsi une ambiance calme et reposante pour le malade.

Les conditions d'éclairage dans les autres aires du centre (zones d'attente, salons, couloirs, bureaux généraux, salles de thérapie de groupe, cafétérias et aires de service, etc.) devraient correspondre assez étroitement à celles des installations commerciales et industrielles. Les recommandations concernant l'éclairage de ces lieux sont nettement précisées dans la dernière édition du manuel publié par l'Illumination Engineering Society. Il convient toutefois de souligner qu'en règle générale, dans l'ensemble de l'unité de traitement, il importe au plus haut point de chercher à éviter, dans la mesure du possible, que le système d'éclairage donne l'impression de se trouver dans un établissement hospitalier.

3.6 Système d'alarme d'incendie

Il doit y avoir un système automatique de détection et d'alarme d'incendie à gardiennage électrique fait de postes d'alarme d'incendie à commande manuelle, de détecteurs d'incendie automatiques, et de dispositifs sonores pour l'unité de traitement des toxicomanes. Le système doit être conforme aux exigences de l'article 32 du Code canadien de l'électricité ACNOR, partie 1, norme C22.1-1975.

---

* Le décalux est une unité du système métrique qui équivaut à 0.93 footcandle. Un décalux équivaut à 10 lux.

Il doit y avoir des postes d'alarme à commande manuelle à proximité de toutes les sorties de l'unité, et des détecteurs automatiques et thermovélocimétriques dans toutes les chambres et dans les postes d'infirmières. Il pourrait y avoir des extincteurs automatiques dans toutes les autres zones.

Les dispositifs sonores pour donner l'alarme dans le centre consisteront en carillons, dont le volume sonore devra suffire à avertir tous les membres du personnel où qu'ils puissent se trouver durant leurs occupations.

Il devrait y avoir un tableau de contrôle et annonciateur d'alarme d'incendie dans le poste des infirmières. Le tableau annonciateur devra donner indication de la zone générale dans laquelle un appareil de détection donné ou un poste manuel a été actionné. Le système d'extincteurs automatiques devra être lié au tableau d'alarme d'incendie par l'entremise d'un interrupteur pressostatique, de sorte que lorsqu'un extincteur automatique se met à débiter, le système d'alarme d'incendie sera activé.

Lorsque l'unité de traitement des toxicomanes est, en l'occurrence, partie intégrante d'un hôpital général, le système d'alarme d'incendie de l'unité devra être intégré au système de détection et d'alarme dont est déjà pourvu l'établissement hospitalier.

3.7 Systèmes spéciaux d'alarme

Dans les pièces où l'on distribue de la méthadone ou une autre médication du même genre, les médicaments devraient être gardés dans une armoire fermée à clef. On devra installer un système d'alarme spécial qui déclenchera un signal sonore et fera s'allumer une lumière reconnaissable et visible du poste des pharmaciens et dans le couloir à l'extérieur du dispensaire, dès que la porte de l'armoire est ouverte. Le dispositif doit être conçu de manière que le signal sonore puisse être neutralisé durant les périodes où la méthadone est distribuée sous la suveillance du personnel.